

**Corso di Base AIRTUM  
Tarquinia - 25 novembre 2010**

**INTRODUZIONE AI PRINCIPI DI  
REGISTRAZIONE**

**Dr. Adriano Giacomini - RT Piemonte, Provincia di Biella  
(CPO)**

**IL MATERIALE E' RESO DISPONIBILE PER USO PERSONALE CONNESSO AL CORSO**



# CLASSIFICARE

**E' un processo di standardizzazione in più tempi**

**Riconoscimento di una nuova nosologia**

**Caratterizzazione della nosologia**

**Definizione univoca**

**Attribuzione di un codice ( o più codici) alfanumerico  
che la definisce come entità al di là del linguaggio**

**NUOVE NOSOLOGIE O VARIANTI ?**



# CLASSIFICAZIONI

## ● WHO

● ....

● ICD-8 (1967) →

## ■ ACS

■ MOTNAC  
(1968)

● ICD-9 (1976) →

ICD-O (1976) →

## ■ CAP

■ SNOMED (1977)  
MORFOLOGIA

● ICD-10 (1992) →

ICD-O-2 (1990) →

■ SNOMED III (1993)

ICD-O-3 (2000) →

■ SNOMED RT  
(2000)

■ SNOMED CT (2002)

## ■ NCHS

■ ICD-9-CM (1979)

■ ICD-10-CM (2003)

## Scopi dell'ICD-O 3.a edizione

### ICD-O è una Classificazione.

Come tutte le Classificazioni deve essere aggiornata alla luce di:

- nuove conoscenze ed inquadramenti di nosologia
- nuove possibilità diagnostiche,
- mediante un percorso di consenso (gruppi di lavoro di esperti)

### Con i seguenti scopi

#### •Omogeneizzazione dei sistemi di refertazione.

La sezione morfologia è inclusa nello SNOMED

#### •Omogeneizzazione dei sistemi di report di morbidità

La sezione topografia ha origine dall'ICD-10, introducendo alcune modifiche (già presenti nelle precedenti edizioni), in quanto la descrizione della malattia è su **3 ASSI**

**sede topografica – morfologia – grado o linea cellulare**

**NB – Per i report IARC è fatto obbligo di usare ICDO-3**

**L'ISTAT codifica la mortalità dal 2003 con ICD-10**

**E' quindi necessario implementare le nuove classificazioni**

## INNOVAZIONI SIGNIFICATIVE NELL'ICD-O 3.A EDIZIONE

Nel passaggio da ICD-O-2 a ICD-O-3 ci sono state importanti innovazioni nella morfologia

La IARC ha richiesto la sottomissione dei casi 1998-2002 come ICD-O-3  
Poiché le classificazioni cambiano nel tempo, le informazioni registrate in maniera completa consentono di poter effettuare conversioni a posteriori.

L'uso di nuovi termini classificativi è solitamente oggetto di validazione mediante i Blue Book del WHO.

Una nuova nosologia identificata dal WHO non è però necessariamente implementata come termine autonomo dall'ICD-O.

## Tavola 7. Struttura del Codice di Topografia

C \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
          sede   sottosede

*Esempio*   C50.2

**Mammella, quadrante supero-interno**

## Tavola 8. Struttura del Codice di Morfologia

\_\_\_\_ / \_\_\_\_  
          istologia   compor-   grado  
                          tamento

*Esempio: Adenocarcinoma ben differenziato*

**M-8140 / 3 1**

**Tipo cellulare del tumore  
(*adeno-*)**

**Comportamento  
(*carcinoma*)**

**Differenziazione  
(*ben differenziato*)**

## Differenze dell' ICD-O-3 rispetto all' ICD-10 :

- l'assenza dei codici da C81 a C96 (emolinfopatie), e l'inserimento della categoria C42 (Sistema emopoietico e reticoloendoteliale, tra cui sangue, midollo e milza)
- l'assenza dei codici da D00 a D48 (neoplasie in situ, benigne ed a comportamento incerto o ignoto ) sostituite dal codice di comportamento
- l'assenza dei codici C78-C79 ( neoplasie maligne secondarie).  
I linfonodi rimangono come sede di malattia primitiva (linfomi nodali).  
Per i patologi la secondarietà è espressa dal codice di comportamento /6 con sede definita, per i registri ove non sia desumibile la sede di origine, si codifica come sede primitiva sconosciuta e comportamento /3
- l'eliminazione dei codici C43 (melanoma cute), C45 (Mesotelioma), C46 (Sarcoma di Kaposi) e delle sottocategorie del fegato (C22)
- Mola idatiforme da O01.9 a C58.9 M-9100/0
- Neurofibromatosi o mal. Di Von Recklinghausen non dell'osso da Q85.0 a C47/C70/C71 e M-9540/1
- Tasche branchiali da Q18.0 a C10.4 e Diverticolo di Meckel da Q43.0 a C17.3

## Tavola 2. Voci dell'indice alfabetico ICD10 per le Neoplasie del polmone

	Maligna	Secondaria o Metastatica	In Situ	Benigna	Incerta e Sconosciuta
Polmone	C34.9	C78.0	D02.2	D14.3	D38.1

## Tavola 3. Codifica ICD-O delle Neoplasie del polmone

Neoplasia maligna del polmone ( come carcinoma )	C34.9	M-8010/3
Neoplasia metastatica del polmone ( come seminoma metastatico dal testicolo )	C34.9	M-9061/6
Neoplasia in situ del polmone ( come carcinoma a cellule squamose in situ )	C34.9	M-8070/2
Neoplasia benigna del polmone ( come adenoma )	C34.9	M-8140/0
Neoplasia del polmone a comportamento incerto ( come carcinoide di incerto comportamento )	C34.9	M-8240/1



## Tavola 5 - Termini dell'ICD-10 omessi nell'ICD-O 3.a ed.

Categoria ICD-10	Termine	Codice equivalente nell'ICD-O Terza Edizione		
		Sito	Istologia	Comportamento
C43	Melanoma della cute	C44._	M-872--M-879	/3
C45	Mesotelioma	C_ _._	M-905	/3
C46	Sarcoma di Kaposi	C_ _._	M-9140	/3
C81-C96	Neoplasie maligne del tessuto linfatico, emopoietico e correlati	C00-C80	M-959--M-998	/3
C78	Neoplasie maligne secondarie dell'apparato respiratorio e digestivo	C15-C39	M-_____	/6
C79	Neoplasie maligne secondarie di altre sedi specifiche	C00-C14, C40-C80	M-_____	/6
D00-D09	Neoplasie in situ	C00-C80	M-_____	/2
D10-D36	Neoplasie benigne	C00-C80	M-_____	/0
D37-D48	Neoplasie a comportamento incerto e sconosciuto	C00-C80	M-_____	/1
C97	Neoplasie maligne di sedi (primarie ) multiple indipendenti	<i>il codice di ciascuna</i>		/3

## Aspetti particolari tra ICD10 e ICD-O3 sulle emolinfopatie

Tavola 6. Codici di Topografia usati nell'ICD-O e non nell'ICD-10

<b>C42</b>	<b>SISTEMI EMOPOIETICO E RETICOLOENDOTELIALE</b>
C42.0	Sangue
C42.1	Midollo osseo
C42.2	Milza
C42.3	Sistema reticoloendoteliale NAS
C42.4	Sistema ematopoietico NAS

Nell'ICD-10 sono stati assegnati codici separati alla **leucemia linfatica cronica B** e al **linfoma a piccoli linfociti B**.

**Nell'ICDO-3 sono appartenenti alla stessa patologia** e nella presentazione dei dati queste categorie possono essere considerate congiuntamente.

Identica risoluzione è applicabile al **linfoma linfoblastico** ed alla **leucemia acuta linfoblastica**, che sono oggi considerati la stessa patologia, pur mantenendo, per le ragioni addotte, codici separati.

## Letture delle liste numeriche

Tavola 10. Esempi di formato della lista numerica

C07.9	Ghiandola parotide	
	Parotide NAS	<u>sinonimo</u>
	Dotto di Stenone	<u>termine equivalente</u>
	Dotto della ghiandola parotide	
M-8290/3	Adenocarcinoma ossifilo	
	Carcinoma oncocitico	<u>sinonimo</u>
	Adenocarcinoma oncocitico	
	Carcinoma a cellule di Hurtle (C73.9)	<u>termine equivalente</u>
	Adenocarcinoma a cellule di Hurtle (C73.9)	
	Carcinoma follicolare a cellule ossifile (C73.9)	

**Il carattere in grassetto indica che questo è il (primo) termine preferito.**

**Sinonimo**: altra definizione del (primo) termine preferito

**Termine equivalente**: rappresenta una sottosede anatomiche del termine principale, pur non essendo sufficientemente peculiare per possedere un proprio codice.

Per la codifica morfologica, rappresenta una nosologia particolare del termine principale, pur non essendo sufficientemente peculiare per possedere un proprio codice.

# CASISTICA ELEGGIBILE E CASI INCIDENTI

**CASI ELEGGIBILI:** sono oggetto di registrazione; comprendono i casi **incidenti** e quelli che non rientrano nell'incidenza:

- casi **prevalenti** (diagnosticati prima dell'inizio dell'attività del registro)
- casi di persone **non residenti al momento della diagnosi**
- casi **"missing"** (persi in anni di rilevazione già trasmessi allo IARC)
- casi **multipli non classificabili come incidenti** per le regole ICD-O/IARC
- casi **multipli relativi a sedi già oggetto di rilevazione** di un caso incidente
- casi con documentazione clinica insufficiente per confermarne la diagnosi (**casi NSE**)

# CASISTICA ELEGGIBILE E CASI INCIDENTI

- casi prevalenti (diagnosticati prima dell'inizio dell'attività del registro) **P**
- casi di persone non residenti al momento della diagnosi **N**
- casi "missing" (persi in anni di rilevazione già trasmessi allo IARC) **M**
- casi multipli non classificabili come incidenti per le regole ICD/IARC **X**
- casi multipli relativi a sedi già oggetto di rilevazione di un caso incidente **Z**
- casi con documentazione clinica insufficiente per confermarne la diagnosi (casi NSE) **R**

# CASISTICA ELEGGIBILE E CASI INCIDENTI

Casi **INCIDENTI**: RIENTRANO NEL CALCOLO DELL'INCIDENZA

- Casi acquisiti durante la normale registrazione sulle fonti **C**
- Casi DCO **D** (reperiti solo dalla mortalità, con trace-back negativo)

che rispettano le regole sui casi multipli ICD-O/IARC

N.B. la sopravvivenza per convenzione viene calcolata solo sul primo caso incidente

# CASISTICA ELEGGIBILE → CASI INCIDENTI

## Tumori invasivi SOLIDI

- intervallo 140-208 dell'ICD-9 o intervallo C00-C97 dell'ICD-10
- morfologia M-8000-M-9899 dell'ICD-O → **SI**
- codice comportamento /3

## Tumori intracranici-intraassiali

- morfologia M-8000-M-9899 dell'ICD-O → **SI**
- codice di comportamento /0 o /1 (ICD-9 >209)

## Patologie emolinfopoietiche

- morfologia M-8000-M-9899 dell'ICD-O → **SI solo se /3**
- intervallo 200-208 e 270-289 dell' ICD-9

## Tumori vescicali e delle sedi soggette a screening → **SI** solo per VESCICA

- codice di comportamento /1 o /2 – ICD-9 230-239

## Tumori a comportamento incerto /1 → **NO**

Casi NSE → **SI** solo se confermati

Casi DCO → **SI**

# IL TRACCIATO DELLA BANCA DATI

Il tracciato della Banca dati non è solo un vincolo  
è guida per identificare le variabili obbligatorie

Era uno strumento sufficiente per la registrazione di base, ma non esaustivo per gli attuali utilizzi di ricerca

- altre banche dati richiedono variabili suppletive (es. Eurocim, ACC-Eurocare)
  - gli studi di approfondimento richiedono variabili cliniche aggiuntive
    - il monitoraggio delle attività locali (screening, etc)

**E' STATO QUINDI RISTRUTTURATO NEL 2010**

**Il sistema di codifica è uno strumento obbligatorio che consente di ottenere rapidamente gli indicatori, ma deve essere affiancato da una registrazione "in chiaro": descrizioni di sede, morfologia, note, etc.) che consentono a posteriori di controllare le informazioni ed eventualmente di ricodificarle**



# IDENTIFICATIVO DEL PAZIENTE E DEL CASO

**E' essenziale che ogni paziente sia univocamente registrato.**

Nelle attività di registrazione è necessario evitare l'inclusione accidentale di casi generati da errori di anagrafica (doppi nomi, doppi cognomi, etc.)

NB Anche i numeri terzi non sono esenti da errore...

**E' essenziale che ogni caso sia univocamente registrato.**

Ogni cancellazione di caso o paziente deve essere tale da rendere impossibile la riattribuzione di quel caso e/o di quel paziente.

Un consiglio è quello di non eliminare il paziente (e magari anche il caso) fino a quando non muore, dopo aver verificato che non vi sia una neoplasia nella scheda ISTAT.

# CODIFICA TOPOGRAFICA

**REGOLA A. Aree topografiche e sedi maldefinite:** se la diagnosi non specifica la sede anatomica di origine, utilizzare il codice topografico suggerito nell'indice alfabetico per ogni sede maldefinita, preferendolo alla categoria "NAS".

Esistono rare eccezioni a questa regola, come il mento e l'avambraccio, poiché queste regioni si considerano, ai fini pratici, composte prevalentemente da cute e la categoria NAS è assegnata di conseguenza alla cute.

**REGOLA B. Prefissi:** se una sede topografica è modificata da un prefisso come "peri-" o "para-" o simili, non specificati in ICD-O, utilizzare l'appropriata categoria C76 (sede maldefinita), a meno che l'istotipo tumorale non ne suggerisca l'origine da uno specifico tessuto.

Questa regola generale si applica anche ad espressioni imprecise quali "area di ..." o "regione di ...".

**REGOLA C. Neoplasie coinvolgenti più di una categoria o sottocategoria topografica: usare la sottocategoria (quarta cifra) “.8” quando un tumore supera il confine di due o più categorie o sottocategorie ed il suo punto di origine non può essere determinato.**

Con i codici .8 e .9 si perde informazione > NON ABUSARE

- Tumori multicentrici (eccezione colon e retto)

Per i tumori estesi, ove possibile, occorre trovare soluzioni alternative senza forzare la diagnosi di sede

Es: esofago al passaggio 3° medio e inferiore >  
TAC lesione sopradiaframmatica > ESOFAGO TORACICO

# CODIFICA TOPOGRAFICA

**REGOLA D.** Codici topografici per i linfomi: se un linfoma interessa stazioni linfonodali multiple deve essere codificato C77.8 (linfonodi di regioni multiple). I linfomi extranodali vanno codificati secondo la sede di origine, che può non essere la sede di biopsia. Se di un linfoma non viene indicata alcuna sede, utilizzare la codifica C77.9 (linfonodo NAS).

**REGOLA E.** *Codice topografico per le leucemie:* codificare tutte le leucemie, ad eccezione del sarcoma mieloide (M-9930/3), con C42.1 (midollo osseo).

**NB Solo per i tumori solidi di cui non è identificabile la sede primitiva è possibile utilizzare il codice C80.9**

## NEOPLASIE PRIMITIVE MULTIPLE

Le neoplasie primitive multiple presentano numerose difficoltà di codifica.

I criteri normalmente seguiti per definire un tumore multiplo sono:

- **l'esclusione di una metastasi**
- **l'appartenenza a organi e tessuti i cui primi 3 caratteri del codice topografico siano diversi**
- **se i primi 3 caratteri del codice topografico sono uguali, l'appartenenza a gruppi istologici diversi.**

# CODIFICA MORFOLOGICA

**REGOLA H. *Termini morfologici associati a sedi topografiche specifiche:* utilizzare il codice topografico indicato quando una sede topografica esplicita non è indicata nella diagnosi. Questo codice topografico dovrebbe essere ignorato allorché il tumore è invece noto come originante da altra sede.** I codici sede-specifici appropriati sono indicati in parentesi dopo il termine morfologico per neoplasie che solitamente insorgono nello stesso organo o tessuto, ad esempio il retinoblastoma (C69.2). Se nessuna sede è indicata nella diagnosi specifica utilizzare detto codice suggerito in morfologia.

Se è indicata una sede di origine differente dal codice sede-specifico fornito nel campo morfologico, usare l'appropriato codice per la sede anatomica dichiarata in diagnosi, dopo accurata revisione del caso per escludere che la presenza della neoplasia nella sede menzionata sia una metastasi.

## Letture delle liste numeriche

Carcinoma a cellule di Hurtle (C73.9)

Il codice topografico tra parentesi indica la sede ordinaria in cui si reperisce il tumore con la morfologia specificata

**-se il patologo non riferisce la sede, il tumore va riferito alla Tiroide**

**-se il patologo esplicita una sede differente, e sempre che successivi o altri elementi non dimostrino il contrario, il tumore va riferito alla sede specificata dal patologo.**

**[obs]** Termine obsoleto.

**E' preferibile utilizzare il termine principale di riferimento**

# CODIFICA MORFOLOGICA

**REGOLA J. *Diagnosi morfologiche composte:*** cambiare l'ordine delle prefissi in un termine composto se il termine non è compreso nell'ICD-O.

**REGOLA K. *Codifica di morfologie multiple:*** quando nessun codice singolo include tutti i termini diagnostici, utilizzare il codice numerico più alto se la diagnosi di una singola neoplasia include due aggettivi caratterizzanti con differenti codici numerici.

Se un termine ha due o più aggettivi caratterizzanti con differenti codici numerici, utilizzare il codice numericamente più alto, solitamente più specifico. Vi sono alcune eccezioni, come ad esempio nelle neoplasie vescicali.



# CODIFICA MORFOLOGICA

## CODICE 8000/3

Di norma si riferisce a casi senza conferma microscopica **(base diagnosi fino a 3)**.

Non è da confondere con quei casi in cui il dato è formulato in una cartella clinica o in altro documento oncologico ma il referto non è disponibile. In questi casi si usa il codice morfologico specifico se:

- **se la diagnosi è circostanziata (diagnosi, grading, stadiazione, luogo e tipo di trattamento)**
- **oppure se la fonte è sicura (centro oncologico) e la diagnosi è generica (carcinoma, adenocarcinoma, sarcoma, epitelioma)**
- **NB considerare non sicure le schede ISTAT e le fonti generaliste (geriatria, lungodegenze, centri riabilitativi, ospedali minori, etc)**

**Con base diagnosi da 5 a 8 viene utilizzato quando il patologo non ha potuto accertare niente altro che la malignità**

# CODIFICA MORFOLOGICA

**CODICE 8001/3 - 8002/3 – 8003/3 – 8004/3**

**Cellule tumorali maligne NAS o di tipo specificato (piccole, grandi, fusate)**

Di norma si riferisce a casi con conferma citologica (**base diagnosi 5**).

Tale esito indica che il patologo ha potuto descrivere solo le caratteristiche cellulari, ma non è riuscito a caratterizzare l'istotipo.

**CODICE 8050/3 Carcinoma papillare**

Tale esito indica che il patologo ha enfatizzato solo le caratteristiche di crescita vegetante a papille dotate di asse e rivestite da epitelio.

Nella maggior parte delle sedi il Carcinoma papillare è attribuibile ad una morfologia specifica:

- **Mammella e tiroide > 8260/3 (Adenocarcinoma papillare)**
- **Vie urinarie > 8130/3 (Carcinoma papillare a cellule transizionali)**

**IL CODICE 8050/3 VA RISERVATO ALLE NEOPLASIE AD EPITELIO SQUAMOSO**

# CODICE DI COMPORTAMENTO

**REGOLA F. *Codice di comportamento nel campo morfologico: utilizzare l'appropriato codice di comportamento (quinta cifra), anche se l'esatto termine morfologico non compare nell'ICD-O.***

Il codice appropriato della quinta cifra dovrebbe essere usato anche quando l'esatto termine morfologico della lesione non compare in ICD-O; per esempio la diagnosi di "Cordoma benigno" dovrebbe essere codificata M-9370/0. Se il patologo asserisce che il comportamento della lesione differisce dal comportamento usuale, stabilito dall'ICD-O, la codifica deve seguire le indicazioni del patologo.

**Tavola 18. Quinto carattere - codice di comportamento delle neoplasie**

**Codice**

**/0 Benigno**

**/1 Incerto se benigno o maligno**  
**A malignità borderline**  
**A basso potenziale di malignità**  
**Ad incerto potenziale di malignità**

**/2 Carcinoma in situ**  
**Intraepiteliale**  
**Non infiltrante**  
**Non invasivo**

**/3 Maligno, sede primitiva**

**/6\* Maligno, sede metastatica**  
**Maligno, sede secondaria**

**/9\* Maligno, incerto se di sede primaria o metastatica**

**\* Non utilizzati dai registri tumori**

# CODICE DI COMPORTAMENTO

Tabella 3. RegISTRAZIONI multiple in base al comportamento

1. Caso	2. Caso dello stesso gruppo di istotipi			
	benigno (/0*) incerto se benigno/maligno (/1)	in situ (/2)	maligno (/3)	metastatico
benigno /0* incerto se benigno/maligno /1	1 registrazione	2 registrazioni	2 registrazioni	2 registrazioni
in situ /2	1 registrazione	1 registrazione	2 registrazioni	2 registrazioni
maligno /3	1 registrazione	1 registrazione	2 registrazioni se metacroni e non ripresa di malattia	1 registrazione
metastatico	1 registrazione	1 registrazione	1 registrazione	1 registrazione
* solo intracranico-intrassiale				

**METACRONI** : l'intervallo tra 2 diagnosi è superiore a 6 mesi, a meno che non sia una recidiva

Di norma il passaggio da /1 o /2 a /3 comporta che il caso /3 vada in incidenza con la data di accertamento di malignità. Fanno eccezione:

- I casi relativi a vescica e sedi intracraniche/intrassiali, il primo caso è quello che va in incidenza
- I casi registrati come /1 in quanto NSE
- I casi registrati come /1 o /2 che hanno dato luogo a diffusione metastatica



Deve essere modificato il caso registrato, che diventa vero incidente con quella data

# GRADING

**REGOLA G. Assegnare il grado o il codice di differenziazione più alto indicato nel referto diagnostico.**

La sesta cifra del campo morfologico può anche essere utilizzata per identificare l'origine dei linfomi e delle leucemie (tavola 22, p.31). In questa patologia linfatica ed emopoietica l'indicazione della linea cellulare T (codice 5), B (codice 6), Null (codice 7) e NK (codice 8) ha la priorità sui codici di grado da 1 a 4.

Il grading nei tumori solidi è un sistema di codificazione della maturità cellulare sede-dipendente.

**Il sistema di grading può variare nel tempo in ciascuna sede, ed è opportuno annotarlo.**

## Morfologia : la 6.a cifra - Grading

Un codice completo ICD-O richiede dieci cifre, per identificare la sede topografica (4 cifre), l'istotipo (4 cifre), il comportamento (1 cifra) e la differenziazione o l'immunofenotipo per le neoplasie ematologiche (1 cifra).

### Tavola 21 – grading o comportamento di neoplasie solide

#### Codice

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Grado I  | Ben differenziato<br>Differenziato, NAS   |
| 2 | Grado II   | Moderatamente differenziato<br>Moderatamente ben differenziato<br>A differenziazione intermedia |
| 3 | Grado III  | Poco differenziato  |
| 4 | Grado IV   | Indifferenziato<br>Anaplastico  |
| 9 | Grado o differenziazione indeterminato, non definito o non applicabile |   |

### Tavola 22 - immunofenotipo di linfomi e leucemie

#### Codice

- |   |  |
|---|--|
| 5 | Cellule T  |
| 6 | Cellule B<br>Pre-B<br>Precursori B                     |
| 7 | Cellule null<br>Non T-non B                            |
| 8 | Cellule NK<br>Cellule Natural Killer                   |
| 9 | Tipo non determinabile, non definito o non applicabile |

## Innovazioni nell'ICD-O3 sulla 6.a cifra nelle emolinfopatie

### Dati immunofenotipici

Nella classificazione WHO, la linea di differenziazione tumorale è quasi sempre implicita nel termine diagnostico utilizzato. Per esempio, un linfoma follicolare è per definizione un linfoma B linfocitario.

Questo non accadeva nella seconda edizione dell'ICD-O, ove molti termini rimanevano ambigui rispetto alla linea cellulare del tumore.

Nella terza edizione la linea cellulare è implicita nel codice morfologico a quattro cifre e la sesta cifra aggiuntiva non è richiesta.

### Unica eccezione:

leucemia linfoblastica/linfoma linfoblastico  
la linea cellulare T o B dev'essere specificata.

Tuttavia i registri possono considerare l'opportunità di mantenere la sesta cifra per identificare i casi in cui la diagnosi è supportata dalla caratterizzazione immunofenotipica.



**TAVOLA 27. SISTEMA WHO PER IL GRADING (SCALA DI MALIGNITA') DEI TUMORI DEL SNC**

Isotipi da codificare	Grado WHO	ICD-O	(5.a cifra)
<b>Neoplasie astrocitarie (Astrocitomi)</b>			
Subependimale, a cellule giganti	I	9384	1
Pilocitico	I	9421	1
Basso grado	II	9400	3
Xantastrocitoma pleomorfo	II-III	9424	3
Anaplastico	III	9401	3
Glioblastoma	IV	9440	3
<b>Oligodendrogliomi</b>			
Basso grado	II	9450	3
Anaplastici	III	9451	3
<b>Oligoastrocitomi</b>			
Basso grado	II	9382	3
Anaplastici	III	9382	3
<b>Tumori ependimali (Ependimomi)</b>			
Subependimoma	I	9383	1
Mixopapillare	I	9394	1
Basso grado	II	9391	3
Anaplastico	III	9392	3
<b>Tumore dei plessi corioidei</b>			
Papilloma	I	9390	0
Carcinoma	III-IV	9390	3

Isotipi da codificare	Grado WHO	ICD-O	(5.a cifra)
<b>Tumori neuronali/gliali</b>			
Gangliocitoma	I	9492	0
Ganglioglioma	I-II	9505	1
Ganglioglioma anaplastico	III	9505	3
Ganglioglioma desmoplastico	I	9412	1
Tumore neuroepiteliale disembrionoplastico	I	9413	0
Neurocitoma centrale	I	9506	1
<b>Tumori pineali</b>			
Pineocitoma	II	9361	1
Tumore pineale parenchimale a differenziazione intermedia	III-IV	9362	3
Pinealoblastoma	IV	9362	3
<b>Tumori embrionali</b>			
Medulloblastoma	III	9470	3
Altri PNET	III	9473	3
Medulloepitelioma	III	9501	3
Neuroblastoma	III	9500	3
Ependimoblastoma	III	9392	3
<b>Tumori dei nervi craniali e spinali</b>			
Schwannoma	I	9560	0
Tumore maligno delle guaine nervose periferiche	III-IV	9540	3
<b>Tumori meningei</b>			
Meningioma	I	9530	0
Meningioma atipico	II	9539	1
Meningioma papillare	II-III	9538	3
Emangiopericitoma	II-III	9150	3
Meningioma anaplastico	III	9530	3

**NB : tenere presenti Linee guida ENCR**

# BASE DI DIAGNOSI

Tabella 4. Base della diagnosi

Codice	Descrizione	Criteri
0	DCO (Death certificate only)	l'informazione disponibile viene da un certificato di morte
<i>diagnosi non microscopica</i>		
1	clinica	diagnosi effettuata prima della morte, ma senza alcuno dei codici seguenti (codici 2-7)
2	indagini clinico-strumentali	tutte le tecniche diagnostiche (inclusi radiodiagnostica, endoscopia, imaging, ecografia) senza successivo esame istopatologico, chirurgia esplorativa
3	autopsia senza istologia	diagnosi macroscopica (categoria aggiunta rispetto alla tabella IARC/IACR, per separare il dato dell'osservazione diretta del tumore in fase autoptica)
4	marker tumorali specifici	diagnosi effettuata tramite marcatori biochimici e/o immunologici che sono specifici per una certa sede tumorale
<i>diagnosi microscopica</i>		
5	citologia	esame di cellule prelevate da una sede tumorale primitiva o secondaria (inclusi agoaspirato ed esame di fluidi estratti per via endoscopica); include inoltre l'esame microscopico del sangue periferico e degli aspirati midollari
6	istologia su metastasi	esame istologico effettuato su metastasi, ivi compresi i campioni autoptici
7	istologia su tumore primitivo	esame istologico di tessuto dal tumore primitivo, comunque ottenuto, ivi comprese qualsiasi tecnica di escissione e biopsie osteomidollari; comprende anche campioni autoptici del tumore primitivo
8	autopsia con istologia concomitante o precedente	categoria aggiunta rispetto alla tabella IARC/IACR, per separare il dato dell'osservazione diretta del tumore in fase autoptica
9	modalità di diagnosi sconosciuta	

## ELEMENTI DIAGNOSTICI

Nelle indicazioni dell'ICD-O-3 erano scomparse le categorie

**3 – Chirurgia diagnostica/ Autopsia** > rientranti al **2 – Esami clinici**

**8 – Autopsia con istologia concomitante o precedente** > rientranti nel **6 o nel 7 – Istologia su metastasi o su tumore primitivo**

Nel manuale, come visto, sono state reintrodotte.

Il problema è che, poiché la data di incidenza non può essere successiva a quella di morte, avrebbero tale data sia i casi con conferma istologica autoptica che quelli operati e deceduti nella giornata.

Va indicata la più accurata modalità diagnostica.

**La biologia molecolare e la citogenetica forniscono risultati analitici comparabili se non superiori ( IN PARTICOLARE PER L'ATTRIBUZIONE DELLA MORFOLOGIA A LINFOMI E LEUCEMIE ) all'istologia > USARE CODICE 7 o 8**

## ELEMENTI DIAGNOSTICI

Nell' ICD-O-3 non sono più riportati i Codici di conferma diagnostica ( rimando generico ai metodi adottati in America )

Se ne consiglia l'utilizzo ed integrazione . Esempio:

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
A	ISTOLOGIA, IMMUNOISTOCHEMICA
B	CITOLOGIA ESFOLIATIVA
C	EMATOL MIDOLLO
D	EMATOL SANGUE
E	RADIOISOTOPICA
F	RADIOGRAFICA
G	TAC
H	RMN
I	BIOCHIMICA IMMUNOLOGIA
J	ENDOSCOPICA
K	CHIRURGICA ESPLORATIVA
L	CLINICA
M	RISCONTRO AUTOPT CASUALE
N	ECOGRAFIA
O	CITOL SU VERSAMENTO
P	CITOL SU ASPIRATO
Q	ALTRO
Z	MOLECOLARE

# DATA DI INCIDENZA

## 1.a scelta - DATA DEL PRIMO ACCERTAMENTO MICROSCOPICO

- \* e' la data di ricezione del campione presso il laboratorio, non quella di refertazione
  - \* di solito ha un ritardo di 1-2 giorni rispetto alla data di esecuzione del campione > controllare che non sia successiva alla data di decesso
- NB se l'accertamento microscopico è autoptico > **DATA DI DECESSO**

## 2.a scelta - DATA DEL RICOVERO IN CUI E' STATA POSTA LA DIAGNOSI

- \* da usare se non c'è l'accertamento microscopico, o se esso avviene oltre i 3 mesi dopo **E LA DIAGNOSI E' DI CERTEZZA**
- \* se il paziente decede e la diagnosi è autoptica > **DATA DI DECESSO**

## 3.a scelta – DATA DELL'ACCERTAMENTO CLINICO-STRUMENTALE IN CUI E' STATA POSTA LA DIAGNOSI

- \* da usare se non c'è accertamento microscopico e se il ricovero è avvenuto oltre i 3 mesi dopo **E LA DIAGNOSI E' DI CERTEZZA**

## 4.a scelta – ALTRE DATE (data di inizio chemio o radioterapia, data di ammissione alle cure palliative, data di diagnosi oncologica)

- da usare solo se non sono disponibili le prime 3 scelte
- in caso contrario connota di certezza una diagnosi "probabile"

# ESTENSIONE E STADIAZIONE

I sistemi di stadiazione sono sistemi di codifica del livello di estensione della malattia, **informativi della prognosi**.

Il **TNM**, descrittivo dei tre assi Tumore-Linfonodi-Metastasi, è sede-dipendente o morfologia-dipendente (escluse emolinfopatie). La versione **Condensed** introdotta da ENCR e usata per EUROCIM distingue solo tra forme localizzate e forme avanzate.

Per ciascuna sede (o nosologia nelle emolinfopatie) ci sono altri sistemi monoasse eventualmente correlati al TNM (es. Dukes, Astler-Coller)

**Disease Staging** è un'altra classificazione monoasse, utilizzata nel colon-retto: oltre all'estensione si considerano le condizioni cliniche (shock, perforazione, etc) perchè incidono sulla prognosi a breve

**Il sistema di stadiazione può variare nel tempo, ed è opportuno annotarlo.**

**Tuttavia il confronto tra casistiche diverse può richiedere la ricostruzione del TNM. E' opportuno raccogliere quindi informazioni aggiuntive:**

- **dimensione del tumore**
- **linfonodi totali: n.esaminati, n. positivi; localizzazione (TNM clinici), presenza di micrometastasi, diagnosi molecolare**
- **linfonodi sentinella: n.esaminati, n. positivi, presenza di micrometastasi**
- **localizzazione metastasi**

**L'informazione esatta sulla sede di prelievo (biopsia, agobiopsia, aspirato) può servire**

# RAPPORTI CON LO SCREENING

L'informazione è utile se il registro viene utilizzato anche in questo contesto, ed è limitata alle sedi oggetto di campagna organizzata: mammella, cervice, colon-retto

In genere abbiamo

## CASI SCREEN DETECTED

- 1 – al primo test
- 2 – ad un test successivo
- 3 - cancri-intervallo
- 4 – early recall  
(invitati a ripetere il test o  
in follow-up –annotare intervallo  
in mesi)

## CASI NON SCREENING

- 5 – persone che hanno rifiutato invito
- 6 – pre-screening
- 7 – escluse per età, errore, altro
- 8 – non rispondenti

9 – stato di screening dubbio o non classificabile

La posizione dovrebbe essere verificata sulla base dei listati del centro screening

# TERAPIE

Gli studi di approfondimento sulla sopravvivenza richiedono informazioni di dettaglio

**CHIRURGIA:** tipo di intervento, modalità (laparoscopico), condizioni (urgenza), protesica (temporanea, permanente), finalità (radicale, citoreducente, palliativa)

**CHEMIOTERAPIA: NEOADIUVANTE o ADIUVANTE o PRE-TRAPIANTO**

protocolli; farmaci impiegati; se sistemica o locale; se in studio clinico o meno; data di inizio

In generale si annota quanto previsto nel piano terapeutico iniziale e la data d'inizio; altre informazioni, specie se vi sono più linee di trattamento, saranno raccolte presso gli oncologi (ideale il collegamento con le cartelle oncologiche)

Indispensabile annotare i farmaci -target (e quindi anche il test eseguito)

**RADIOTERAPIA: NEOADIUVANTE o ADIUVANTE o PRE-TRAPIANTO**

Data di inizio, sede di applicazione (potrebbe essere su localizzazione metastatica e non sulla sede primitiva), modalità

**ORMONOTERAPIA**

Farmaci, data di inizio, durata. Le informazioni possono essere dedotte anche dai referti di citologia cervico-vaginale di follow-up (annotare recettori ormonali)

**ALTRI : IMMUNOTERAPIA – TRAPIANTI - RADIOFREQUENZA – TACE**